

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

PIERRE MOUY

Né le 21 mai 1891, à Maubeuge

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MUCOCÈLE ETHMOÏDALE

Président : M. P. SEBILEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

613

Année 1921

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

PIERRE MOUY

Né le 21 mai 1891, à Maubeuge

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

MUCOCÈLE ETHMOÏDALE

Président : M. P. SEBILEAU, Professeur



PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
México-Chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER

Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU

Agrégés en exercice

MM.	DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ (A.)
CHAMPY	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIREY	JOYEUX	MOCOQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNE-LAVASTINE	OKINCZY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MES COUSINS

ALFRED LECOŒUVRE ET HENRI DEFFONTAINE

Morts au Champ d'Honneur

A MES CHERS PARENTS

dont le labeur et la sollicitude incessante
reçoivent dans ce travail leur récompense,
si je puis, en leur offrant, y mettre toute
ma reconnaissance et mon attachement.

A MA TANTE, MADEMOISELLE DEFFONTAINE

Faible témoignage de mon infinie reconnaissance
et de ma profonde affection.

A MA FEMME

Qui fut ma collaboratrice. Hommage de
ma grande affection.

A MON FILS

A MA SŒUR

A MON FRÈRE, A MA BELLE-SŒUR

A MES PARENTS ET AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552817_0044

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE SEBILEAU

Professeur de Clinique Ote-rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien à l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a inspiré notre thèse.
En le priant d'agréer l'expres-
sion de notre attachement et de
notre respectueuse reconnais-
sance pour son enseignement et pour
la constante sollicitude qu'il nous
a témoignée durant notre séjour
dans son service.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LILLE

M. le Professeur DUBAR (Externat 1911-1912)

M. le Professeur LEMOINE (Externat 1912-1913)

M. le Professeur COMBEMALE (Externat 1913-1914)

M.M. les Docteurs HALPHEN.

J. ROUGET.

MIÉGEVILLE.

BONNET-ROY.

M.M. les Docteurs TRUFFERT.

MAUREL.

CHATELLIER.

En témoignage de notre gratitude pour les judicieux conseils qu'ils nous ont toujours prodigués.

INTRODUCTION

Définition

La mucocèle ethmoïdale est, au sens littéral du mot, une tumeur kystique développée dans la cavité des cellules ethmoïdales, ayant perdu communication avec l'extérieur et se comportant comme une véritable tumeur, usant les parois osseuses, s'extériorisant du labyrinthe ethmoïdal et pouvant s'ouvrir à l'extérieur, s'y fistuliser.

Mais c'est une tumeur bénigne et qui ne récidive pas autant que l'extirpation en aura été totale, le traitement chirurgical complet.

Bien que considérée comme rare, la mucocèle ethmoïdale, est, au fond, peut-être plus fréquente qu'elle ne paraît, car, si on recherche dans la littérature médicale, on peut se rendre compte que les observations en sont assez nombreuses, que le diagnostic en est facile et que le succès opératoire en est complet.

Anatomie du labyrinthe ethmoïdal

Pour cette étude, nous empruntons largement à une leçon faite par M. le Professeur Sebileau à l'amphithéâtre de la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté, à la suite de l'observation de deux malades soumis à son examen par M. le Docteur Morax.

Nous publions plus loin ces observations qui, sur le conseil de notre maître, nous ont incité à étudier les mucocèles ethmoïdales.

Dans cette étude, nous reproduisons, en somme, la leçon faite par M. le Professeur Sebileau :

« Vers la fin de la vie intra-utérine apparaît, entre les
« deux maxillaires supérieurs, une masse cubique, car-
« tilagineuse, le cube ethmoïdal, qui devient bientôt le
« siège de phénomènes de deux ordres :

« 1° Différenciation osseuse du bloc;

« 2° Résorption d'une certaine quantité de ce bloc
« aboutissant à la formation d'une série de saillies qui
« limitait ainsi le labyrinthe ethmoïdal.

« Ce sont la lame perpendiculaire avec l'apophyse
« crista-galli, et, de chaque côté, la lame papyracée for-
« mant la paroi interne de l'orbite.

« Entre ces lames se constituent, de chaque côté de la
« lame perpendiculaire, des fentes séparant celles-ci des
« masses latérales.

« Dans chaque masse latérale apparaissent des scissures limitées par des différenciations osseuses qui sont :

« a) l'apophyse nuciforme;

« b) La crête ethmoïdale ou saillie de la bulle;

« c) Le deuxième cornet ou cornet moyen;

« d) Les troisième et quatrième cornets.

« Ces saillies sont plus ou moins importantes. Le cornet moyen prend une longueur considérable limitant le méat moyen. Celui-ci se trouve subdivisé en trois par l'apophyse nuciforme et la crête bullaire. Ces deux saillies osseuses s'enroulent sur elles-mêmes, se creusant de cellules dans leur enroulement, puis se soudent en créant entre elles des niches constituant les cellules ethmoïdales. »

Ces cellules soufflent l'os et débordent du bloc cartilagineux; ce sont, en haut et en avant, une cellule ethmoïdale s'insinuant chez le nouveau-né entre les deux tables du frontal pour s'accroître après la naissance en formant le sinus frontal; en arrière, une cellule du même ordre, qui, pénétrant dans le corps du sphénoïde, le souffle pour constituer le sinus-sphénoïdal.

Mais en dehors de ces cellules volumineuses que leur localisation anatomique a fait isoler du labyrinthe ethmoïdal dont elles ne sont, en somme, qu'un prolongement, il existe des cellules dans toutes les sutures de l'ethmoïde avec les os voisins. C'est ainsi que MM Rouvière et Caudrelier ont pu décrire des cellules ethmoïdo-

maxillaires, des cellules ethmoïdo-sphénoïdales, mais encore des cellules ethmoïdo-fronto-palatines, ethmoïdo-fronto-sphéno-maxillo-palatine, ethmoïdo-fronto-sphéno-maxillaire, ethmoïdo-fronto-maxillaire, ethmoïdo-sphéno-maxillo-palatine.

Si, au point de vue de l'anatomie purement descriptive, cette multiplicité des cellules ethmoïdales peut trouver une justification, au point de vue de la pathologie de l'ethmoïde et de la mucoëte en particulier, il est nécessaire d'établir une schématisation des différents groupes cellulaires.

« Ces cellules sont divisées en deux groupes principaux par l'insertion du cornet moyen :

« 1° Le labyrinthe ethmoïdal antérieur et inférieur;

« 2° Le labyrinthe ethmoïdal postérieur et supérieur.

« Le groupe antérieur va s'ouvrir dans l'hiatus semi-lunaire entre l'apophyse nuciforme et la saillie de la bulle autour de l'infundibulum et on peut les diviser en cellules internes et en cellules externes. »

A ces deux groupes antéro-inférieur et postéro-supérieur nous ajouterons des cellules qui peuvent se développer entre les deux feuillets des cornets ou des apophyses, surtout au cornet moyen bulle du cornet moyen de Zoja (différente de la bulle ethmoïdale du même auteur qui appartient au groupe des cellules antéro-inférieures) et dans l'épaisseur de l'apophyse unciforme.

Nous appellerons volontiers ce troisième groupe cellulaire de la même origine et de même signification que le groupe précédent, le groupe turbinal.

Étiologie — Pathogénie

Le développement de ces cellules se fait en grande partie après la naissance. Ainsi s'explique que la mucocèle soit rare avant quinze ans, bien que des observations existent de mucocèle chez des enfants de dix à douze ans.

La pathogénie a donné lieu à de nombreuses discussions. En dehors de la vieille théorie de Garreau et Bertheux, qui faisaient de la mucocèle un kyste glandulaire purement muqueux, fait exceptionnel pour MM. Scieur et Jacob, l'origine de la mucocèle ethmoïdale réside entièrement dans les causes susceptibles d'obturer les voies d'excrétion du mucus cellulaire dans les fosses nasales. C'est pourquoi on a pu, dans certains cas, incriminer un traumatisme ancien (Boël, Cresswel, Casali, Raoult), des tumeurs, surtout ostéanes (Luc, Laurens), myxomes (Bertheux et Quénu), un sarcome (Luc et Goubault), ou une atrésie congénitale (Kühlt) ; ce peut être enfin une oblitération cicatricielle consécutive à une sinusite et, pour MM. Rollet et de Lapersonne, la mucocèle ne serait qu'un vestige d'une sinusite ancienne et atténuée.

Enfin, on peut admettre une imperforation congénitale de l'orifice extérieur de la cellule.

Anatomie pathologique

La cellule, ainsi privée de ses voies d'excrétion, est tapissée par une muqueuse normale qui continue à sécréter un mucus qui ne peut plus être évacué. Il se forme ainsi un véritable kyste ethmoïdal, lequel a une évolution absolument comparable à celle des kystes radiculaires fréquemment constatés autour de l'apex des dents infectées.

Ce kyste, augmentant de volume, refoule les parois osseuses qui l'entourent, les use progressivement, les amincit, puis les perfore, s'extériorisant alors du labyrinthe osseux de l'ethmoïde. On conçoit que, suivant la cellule qui est le point de départ et suivant la direction de l'évolution, la mucocèle ethmoïdale pourra donner lieu à des symptômes et à des troubles variés.

Si elle se développe vers le haut et que son point de départ soit dans les cellules ethmoïdales antérieures et externes, elle refoulera le plancher du sinus frontal; le perforera et le kyste envahira le sinus dont il sera indépendant du moins. Telle est la variété dite : fronto-ethmoïdale. Le kyste se développant usera la paroi de l'orbite, mais cette extériorisation sera toujours antérieure près du vestibule.

Si le point de départ est dans les cellules ethmoïdales postérieures ou sphénoïdales, le développement pourra se faire soit en dedans, dans l'orbite et dans le segment postérieur de celui-ci, soit en bas vers le cavum.

Enfin, si le point de départ est dans les cellules antéro-internes ou turbinales, l'évolution sera strictement nasale.

Quelle que soit la direction de l'évolution et le point d'origine, ces différents types de mucocèle ont tous un caractère commun : leur paroi kystique, leur contenu.

1° La paroi est primitivement constituée par de l'épithélium cylindrique à cils vibratiles, identique à la muqueuse des fosses nasales. Sous l'influence de l'infection et de la rétention, les cils tombent, l'épithélium s'aplatit, devient cubique, puis dans la forme la plus fréquemment constatée, pavimenteux reposant sur une basale de tissu conjonctif, dense, fibreux, résistant, et qui est, en réalité, fibro-périostique.

2° Le contenu, toujours le même dans toutes les mucocèles. C'est un liquide épais, muqueux, filant, jaune clair ou brunâtre et qui présente cette particularité commune avec le kyste dentaire, sa richesse en cholestérine qui s'y précipite sous forme de paillettes. D'ailleurs, à l'examen microscopique, on voit dans le liquide des cellules épithéliales plus ou moins désintégrées et des cristaux de cholestérine. A l'examen chimique :

« En agitant ce liquide épais et filant avec de l'eau, on
« n'observe pas de dissolution notable et le liquide
« mousse fortement; mais en alcalinisant légèrement avec
« quelques gouttes de solution saturée de carbonate de
« soude, on observe une dissolution partielle.

« Le liquide filtré précipite abondamment par l'acide

« acétique à froid. Le précipité est insoluble dans un
« excès d'acide.

« On ajoute dans la liqueur qui contient le précipité
« quelques gouttes d'acide chlorhydrique et on la porte à
« l'ébullition pendant deux heures. Il est alors facile d'y
« mettre en évidence la présence du glucosamine (réduc-
« tion de la liqueur de Fehling, formation d'une osazone
« avec la phenylhydrazine). Le liquide en question doit
« donc ses propriétés filantes à la présence d'un gluco-
« protéide qui appartient à la classe des mucines comme
« on en trouve dans tous les produits de sécrétion des
« glandes muqueuses (M. le Professeur agrégé Guille-
« mard). »

Symptômes

La symptomatologie de la mucocèle ethmoïdale comprend deux ordres de faits : les uns communs à toutes les mucocèles, les autres particuliers à chacune des variétés.

1° Etude clinique de la mucocèle ethmoïdale en général

La description clinique de toutes les mucocèles se caractérise par son insidiosité, la latence absolue de son début et sa découverte tardive seulement lorsque l'extériorisation se prononce.

La mucocèle, en effet, évolue en trois périodes : « lentement et sans douleur » (M. Sebileau).

« Dans une première période, la tumeur repousse l'os,
« d'où sensation d'une tumeur dure; dans une deuxième
« période, la tumeur use l'os, d'où sensation de crépita-
« tion parcheminée; dans une troisième période, la
« tumeur a détruit l'os, d'où sensation de tumeur fluc-
« tuante. » (M. Sebileau.)

Le simple énoncé de cette évolution clinique traduit toute la symptomatologie générale de la mucocèle ethmoïdale.

Les symptômes qui accompagnent cette tumeur dépendent de l'évolution de la mucocèle. Ils peuvent être : orbitaires, ophtalmiques, nasaux, pharyngiens ou cérébraux suivant la voie de l'extériorisation. Chacune d'elles, d'ailleurs, imprime à l'affection un caractère clinique particulier, ce qui nous conduira à étudier successivement des mucocèles frontales, ethmoïdales, celles-ci pouvant évoluer vers l'orbite ou vers le nez et, enfin, des mucocèles sphénoïdales.

Symptômes particuliers
à chacun des différents types de mucocèles.
Formes cliniques

1. Mucocèle fronto-ethmoïdale. — Décrite le plus souvent sous le nom de mucocèle du sinus frontal, si le point de départ se fait dans la cellule sinusale ou comme fronto-ethmoïdale, si le point de départ est dans des cellules fronto-ethmoïdales.

Dans cette forme toute la première période de tumeur dure est inconstatable en clinique. Le malade n'accuse aucun trouble et, s'il ressent de vagues douleurs, une vague tension frontale, l'opacité du sinus frontal, tant à la diaphanoscopie qu'à la radiographie ne pourrait la différencier en rien de la sinusite frontale. N'était qu'un symptôme négatif : la pression très douloureuse sur un sinus enflammé est indolore sur une mucocèle infectée.

En ce qui concerne la mucocèle fronto-ethmoïdale, le début en est absolument torpide et, dans les cas heureux, la radiographie permettant de voir l'ombre déformant la cavité sinusale, on pourra la soupçonner surtout si un examen ultérieur montre une évolution progressive de l'ombre.

Ce n'est en somme qu'à la deuxième période que la mucocèle frontale se manifeste en clinique.

Elle use les parois du sinus, elle les refoule : Cette tumeur apparaît au niveau du plafond de l'orbite, tumeur d'abord dure mais rapidement crépitante. Pendant un temps plus ou moins long, généralement plusieurs années, cette tumeur est méconnue du malade. Ce n'est que lorsqu'elle atteint un certain volume qu'elle entraîne des troubles de la motilité oculaire ou des douleurs systématisées dans le trajet du nerf sus-orbitaire. C'est en général, l'un ou l'autre de ces symptômes qui amène le malade à consulter. On constate alors à l'examen un refoulement du segment antérieur de l'orbite, refoulement d'abord dur, puis crépitant, puis fluctuant dont

l'évolution progressive, mais lente, est la signature de la mucocèle. On a signalé des cas dans lesquels l'évolution était irrégulière, entrecoupée de périodes pendant lesquelles la mucocèle ayant évacué son contenu dans le nez, les symptômes disparaissent pour reparaitre de nouveau et s'accroître rapidement jusqu'à une nouvelle évacuation qui amènera la cédation des symptômes.

Très rapidement dans ces cas, tardivement dans les cas habituels, la mucocèle peut s'infecter et entraîner des phénomènes inflammatoires et suppuratifs de la cavité orbitaire.

II. Mucocèle ethmoïdale pure. — Deux types suivant qu'elle évolue vers l'orbite ou vers la filière nasale.

A) MUCOCÈLE ETHMOÏDALE A ÉVOLUTION ORBITAIRE. — Se présente en clinique sous des aspects très différents suivant que le point de départ est dans les cellules ethmoïdales antérieures ou postérieures.

a) *Mucocèle des cellules ethmoïdales antérieures.* — Le malade vient consulter à cause d'une petite tumeur siégeant sur la paroi interne de l'orbite à sa partie moyenne, le plus souvent à cause de la déformation esthétique, plus rarement à cause de troubles de la vue. L'histoire de ces malades est toujours identique à elle-même.

Le malade a remarqué, il y a souvent plusieurs années, l'existence d'une petite tumeur dure dans l'angle interne de l'orbite. Cette tumeur a augmenté progressivement, en

même temps qu'apparaissait du larmoiement par compression du canal lacrymo-nasal et d'abord uniquement perceptible à la palpation et dure elle a entraîné à la longue un effacement de la dépression oculo-nasale, déformation apparente, palpable, visible, qui peut amener le malade à consulter, mais qui, dans certains cas, a été négligée. La mucocèle, perforant alors la mince lame papyracée, passe dans l'orbite, s'y étend, s'y développe, déplace le globe oculaire qui est, en général, refoulé en bas et en dehors. Il se produit, en même temps, de l'exophtalmie.

Les troubles de la vision qui résultent de cette variété de mucocèle sont d'ordre purement mécanique ; il n'existe, en effet, aucune ophtalmoplégie. Les différents symptômes disparaîtront complètement après évacuation de la mucocèle.

On conçoit que la suppuration d'une telle mucocèle puisse donner lieu à des phlegmons de l'orbite, à des suppurations orbitaires d'une gravité toute particulière.

b) *Mucocèle ethmoïdale postérieure.* — Dans ces cas l'évolution est longtemps latente. La mucocèle souffle l'ethmoïde, l'use et le perfore sans avoir donné lieu à aucune manifestation clinique.

C'est seulement, en effet, lorsqu'elle s'est largement développée dans l'orbite que se manifestent des troubles. Si, dans certains cas, le kyste volumineux peut remplir l'orbite, déplaçant le globe, gênant ses mouvements, le plus souvent, du fait de la proximité du canal optique et du nerf optique, la compression et l'inflammation, s'il

y a infection, entraînent des troubles de la vision par névrite optique. On conçoit que si l'opération a été trop tardive ou la mucocèle infectée, les troubles névritiques persisteront plus ou moins longtemps, voire même indéfiniment. Dans certains cas, cette variété s'accompagne de compressions des veines ophtalmiques entraînant le développement des voies de secours palpébrales et de l'œdème papillaire.

B) MUCOCÈLE ETHMOÏDALE A ÉVOLUTION NASALE. — Se manifeste cliniquement par des signes d'obstruction nasale et la constatation d'une tumeur dure, puis fluctuante occupant un siège variable suivant le point de départ. A la rhinoscopie antérieure, elle siège soit en avant de l'unciforme, soit dans le méat moyen, hypertrophie de la bulle ethmoïdale.

Au niveau du cornet moyen, mucocèle de la bulle turbinale, au-dessus du méat moyen, mucocèle des cellules ethmoïdales postérieures. En réalité, deux types : Au niveau du cornet moyen et en avant de lui, symptômes d'obstruction nasale, évolution chronique. Au-dessus et en arrière du méat moyen la filière respiratoire est libre, trouble de l'olfaction.

Cette mucocèle se développant peut, soit évoluer vers le cavum, soit dévier la cloison, mais surtout elle peut évoluer en haut vers la lame criblée, entraînant de la céphalée, des vertiges et des complications méningo-encéphaliques en cas d'infection.

III. Mucocèle sphénoïdale. — Les observations sont rares en clinique. En effet, cette mucocèle est plus souvent insoupçonnée et elle évolue longtemps sans aucune manifestation. La première observation publiée par Rolland, dans *la Gazette médicale de Montréal*, dans le mois d'août 1880, l'envisageait comme « une dilatation des sinus sphénoïdaux par accumulation et « rétention de liquide ». L'observation de Benjamins, dans les Archives de laryngologie de 1912, est assez caractéristique. Nous la reproduisons plus loin.

La mucocèle sphénoïdale, en effet, peut user l'une quelconque des parois du sinus sphénoïdal et donner lieu à des symptômes différents suivant sa direction, si elle use la paroi inférieure, elle vient faire saillie dans le cavum sous forme d'une masse bilobée « étranglée par le bord postérieur de la cloison ». La malade vient consulter pour une obstruction choannale.

Si elle use la paroi interne du sinus sphénoïdal, elle donnera lieu à des signes de compression du sinus caverneux, stase papillaire, et à des signes d'ophtalmoplégie complète.

Si elle évolue vers la paroi supérieure, nous pourrions voir survenir des troubles de névrite optique ou de lésion chiasmatique (hémionopsie).

Enfin on conçoit que la mucocèle puisse détruire la paroi supérieure, envahir la loge hypophysaire, bien que nous n'ayons retrouvé dans la littérature aucune observation relatant ce fait.

Pronostic

La symptomatologie de la mucocèle étant uniquement de compression, on conçoit que le pronostic en soit excellent, dès qu'un traitement chirurgical a assuré son évacuation.

Les seules réserves que comporte ce pronostic résultent de l'infection et des complications septiques qu'elle peut entraîner.

Le phlegmon de l'orbite grave, est souvent curable, mais la névrite optique peut être définitive, la thrombo-phlébite du sinus caverneux et les méningo-encéphalites mortelles.

Diagnostic

En présence d'une tumeur d'abord dure, puis crépitante et enfin fluctuante, développée au niveau du labyrinthe ethmoïdal ou dans son voisinage, on doit porter le diagnostic de mucocèle ethmoïdale qu'une épreuve radiographique dument orientée ne pourra que confirmer.

Cependant le problème se pose différemment à chacun des stades et suivant la variété clinique.

I. LA MUCOCÈLE FRONTALE ne peut être confondue qu'avec la sinusite et même, pour MM. Rollet et de Lapersonne, la différence entre les deux ne relève que de la virulence de l'infection. Néanmoins nous avons vu qu'il est des mucocèles en dehors de toute infection sous la dépendance d'un

traumatisme ou d'une tumeur. A la période intra-osseuse il est un excellent signe sur lequel insiste M. le Professeur Sebileau : « Si, après avoir placé la pulpe de l'index dans « l'angle supéro-interne de l'œil on prie le malade d'ap-
« puyer aussi fortement que possible son front sur le
« doigt, le mouvement s'arrête rapidement dans la sinu-
« site du fait de la douleur, alors que dans la mucocèle,
« le degré de pression est superposable de l'un et l'autre
« côté. »

Lorsque la tumeur s'extériorise, dure, on peut penser à un osteome du frontal, lequel respecte rarement le rebord orbitaire et s'étend vers le front plus que vers l'orbite. La gomme périostique du plafond orbitaire forme une saillie mince que l'on sent dans la dépression supra-oculaire, la réaction de Wassermann est positive et le traitement rapidement curateur.

Lorsque la tumeur crépité on pourra penser à un sarcome, mais l'évolution de celui-ci est plus rapide; les troubles oculaires sont à la fois mécaniques et ophtalmoplégiques et sont rapidement très marqués.

Lorsque la tumeur est fluctuante, on pourrait penser à un kyste congénital exceptionnel s'accompagnant d'atrophie du globe oculaire.

Le kyste dermoïde est plus ou moins mobile sur le plafond de l'orbite, mais il est pâteux; les tumeurs veineuses de l'orbite, enfin, sont pulsatiles. Quant à l'encephalocèle congénitale, elle est molle, réductible avec signes d'hypertension cérébrale.

Si la mucocèle est infectée, le diagnostic deviendra plus difficile avec les extériorisations des sinusites frontales aiguës ou chroniques, bien que celles-ci présentent à la pression une douleur excruciante tout à fait particulière.

La tuberculose du rebord orbitaire ne donne lieu à aucune confusion.

II. MUCOCÈLE ETHMOÏDALE. — a) *A évolution orbitaire antérieure.* En dehors des kystes congénitaux qui sont rares et plus élevés, la confusion la plus fréquente se fait avec les dacryocystites. Celles-ci apparaissent bas et s'étendent en hauteur prenant un aspect bilobé, du fait du tendon orbiculaire. La mucocèle, au contraire, apparaît à la partie moyenne et s'étend en hauteur et en profondeur sans perdre de sa régularité.

b) *Mucocèle ethmoïdale postérieure à évolution orbitaire.* — La confusion la plus possible est avec le sarcome et l'épithéliome. Mais le sarcome évolue beaucoup plus rapidement. Rapidement, il détermine des troubles de compression, des douleurs, des troubles oculaires considérables, ulcère de la cornée, œdème de la pupille, destruction des muscles moteurs du globe et souvent des troubles cérébraux. Lorsqu'il s'extériorise, il envahit la peau, constitue une masse bourgeonnante et saignante dans l'intérieur des fosses nasales.

C'est également l'épistaxis répétée qui permet d'éliminer l'épithéliome dont l'évolution est particulièrement rapide.

c) *Mucocèle ethmoïdale à évolution nasale.* — Si elle siège en avant et en bas, le diagnostic est d'abord impossible avec l'hypertrophie congénitale des saillies, bulles des cornets. La rhinite hypertrophique s'accompagne d'une sécrétion muco-purulente, mais surtout l'augmentation de volume se réduit par simple attouchement à la cocaïne. Si elle est extériorisée on peut confondre la mucocèle avec des polypes muqueux qui siègent le plus souvent dans le meat moyen. L'écoulement du liquide caractéristique tranchera le diagnostic. Cependant, il faut bien savoir que la coexistence n'est pas rare des deux affections et, ainsi que l'a montré M. le Professeur Quénu, dans le cas de Bertheux, un myxôme des fosses nasales peut être à l'origine une mucocèle.

La mucocèle ethmoïdale postérieure à évolution nasale est le plus souvent confondue avec une ethmoïdite postérieure. Seule, la constatation de l'écoulement gommeux et filant permet de soupçonner l'existence de la mucocèle.

III. LA MUCOCÈLE SPHÉNOÏDALE est d'un diagnostic difficile et impossible avec une infection de ce sinus.

Lorsqu'elle s'extériorise dans le cavum, elle peut être confondue avec le fibrome naso-pharyngien et le myxôme choanal.

Le fibrome naso-pharyngien se voit chez le jeune garçon; il est dur et saigne au moindre attouchement.

La confusion n'est pas davantage possible lorsqu'il pousse un prolongement orbitaire.

L'aspect bilobé de la mucocèle extériorisée, son implantation supérieure permettent de l'isoler des polypes choanaux, lesquels sont mobiles, pédiculés, translucides ; d'ailleurs, leur constatation est un fait plus fréquent que celle de la mucocèle sphénoïdale.

Dans tous ces cas, d'ailleurs, la moindre incertitude du diagnostic doit entraîner immédiatement une épreuve radiographique qui viendra le plus souvent trancher toutes les hésitations.

Traitement

La mucocèle ethmoïdale, tumeur bénigne et ne récidivant pas, relève d'un traitement chirurgical précoce et complet.

Les voies d'abord, ont été discutées. Certains se faisant les protagonistes absolus de la voie endo-nasale, d'autres préférant systématiquement la clarté du champ opératoire de l'abord par voie externe.

Dans la pratique la voie d'abord est réglée par la direction de l'extériorisation.

La voie endo-nasale est la seule acceptable pour les mucocèles à évolution antérieure et interne.

Pour toutes les autres la guérison étant fonction d'un curettage complet, d'un drainage suffisant, la voie externe doit être préférée.

Traitement endo-nasal. — Il consiste en une résection à la pince de Luc du cornet moyen ; en une ouverture des cellules ethmoïdales antérieures ; en un curettage de ces cellules,

Ce traitement ne diffère en rien du traitement endo-nasal des suppurations ethmoïdo-frontales.

Traitement par voie externe. — Il s'applique à toutes les autres mucocèles. On pratiquera une incision en rapport avec le siège de la tumeur. Dans le sourcil si la tumeur est frontale ; dans le sillon naso-orbitaire si la tumeur est franchement ethmoïdale ; on ruginera la branche montante du maxillaire et on aura soin de respecter autant que possible les voies lacrymales que l'on confiera à un écarteur externe destiné à protéger également le contenu orbitaire.

Cette voie donne un jour large et permet d'aborder facilement les mucocèles siégeant sur la partie antérieure de l'ethmoïde.

Si leur siège est très postérieur on sera autorisé suivant la technique de M. le Professeur Sebilleau, à compléter la rhinotomie para-latero-nasale par résection d'une partie de la branche montante du maxillaire qui donne un jour considérable sur tout le labyrinthe ethmoïdal et sur le sinus sphénoïdal.

Quant à la mucocèle sphénoïdale extériorisée dans le pharynx, l'abord en a été réalisé jusqu'ici par les voies naturelles et le résultat opératoire a été parfait.

Quelles que soient la variété et la voie d'abord, on doit établir une large communication avec les fosses nasales. Ce drainage permet la suture immédiate et assure la réunion par première intention.

OBSERVATIONS

Mucocèle frontale

Obs. I. —. (ANGELO CASALI, *Bolletino delle Malattie dell' Orecchio*, etc. février 1907).

Un homme de 40 ans reçut, il y a huit ans, un coup si violent sur le front qu'il tomba à terre et perdit connaissance.

Il y a une dizaine de mois, il s'aperçut qu'il avait l'ouverture palpébrale droite plus étroite que la gauche ; dans la partie moyenne de la région sourcilière, se trouvait une bosse très dure et non compressive sur laquelle la peau roulait sans la moindre adhérence.

Il y a un mois, une crépitation de l'os se fit entendre en palpant la tumeur qui devint en partie molle et fluctuante.

Rien d'anormal à l'examen rhinoscopique. A l'examen ophtalmoscopique, les veines sont beaucoup plus turgides et tortueuses à droite qu'à gauche. Le champ visuel est légèrement rétréci en haut et à droite.

Le 22 juin 1904, une ponction exploratrice donna environ cinq centimètres cubes d'un liquide plus dense, non filant, d'une couleur orange foncé, sans odeur caractéristique, à réaction légèrement alcaline et contenant beaucoup de petits cristaux brillants.

Le liquide reposé se divisa en une portion inférieure.

pulvérulente, de couleur rouge brique, et une portion supérieure liquide, de couleur jaune citron. Dans la partie liquide, albumine très abondante et presque pas de chlorures; dans le sédiment examiné au microscope, corpuscules roses et blancs plus ou moins dégénérés; cellules épithéliales à noyau allongé et cristaux très nombreux de cholestérine.

Aucun micro-organisme.

Dans les premiers jours d'août la tumeur recommença à croître.

L'opération fut faite le 16 octobre 1904; la paroi du kyste mise à nu, avait une couleur blanche, tendineuse, un aspect fibreux et était en continuité de toutes parts avec l'os.

Par l'ouverture creusée dans l'os, on vit se transmettre au liquide contenu dans la cavité les pulsations des artères méningées, pulsations senties également par le doigt explorateur pouvant s'y introduire totalement.

De la cavité sortit presque 200 grs. de liquide du même aspect que celui enlevé en juin avec la ponction exploratrice.

Pansements à la gaze iodoformée et guérison par bourgeonnement.

Obs. II. — (Monsieur le professeur HARTMANN dans la thèse de MÉGRET).

Malade envoyé au Professeur HARTMANN avec le diagnostic d'ostéo-sarcome, dans son service de militaires cancéreux de l'Hôtel-Dieu.

G.... âgé de 24 ans, remarque par hasard en mai 1917 l'existence d'une tuméfaction dans l'angle supéro-interne de l'orbite gauche faisant saillie sous la paupière. Elle est assez volumineuse déjà et son début tout à fait insidieux n'a pas attiré l'attention du malade. Il s'en accommode

d'ailleurs assez bien. Les troubles fonctionnels qu'elle provoque sont minimes : pas de douleurs, un peu de larmoiement ; pas de rhinite. On ne trouve d'ailleurs pas de trace de coryza chronique dans ses antécédents.

La tuméfaction augmente lentement et progressivement dans les mois qui suivent. Le malade remarque que son œil gauche se fatigue plus vite que le droit. Il le ferme lorsqu'il veut lire pendant quelque temps. A aucun moment il n'a de diplopie.

Il est blessé le 6 juillet 1917, dans l'aisselle droite.

Le 11 octobre, il entre dans le service du professeur HARTMANN à l'Hôtel-Dieu,

Etat actuel. — L'angle supéro-interne de l'orbite gauche est occupé par une tuméfaction qui soulève la paupière, remonte le sourcil et refoule le globe oculaire en bas et en dehors donnant au visage du malade un aspect très particulier. Cette tuméfaction forme une voussure régulièrement arrondie qui paraît se continuer sans ligne de démarcation nette avec le squelette de l'arcade orbitaire. La saillie qu'elle fait hors de l'orbite a la grosseur d'une petite noix. La paupière qui la recouvre est étalée, un peu amincie ; elle ne présente pas d'altération notable, la peau a conservé son aspect normal ; on ne remarque qu'une légère dilatation des veines superficielles à son niveau. La commissure interne des paupières est abaissée. La pression de la tumeur maintient la fente palpébrale presque complètement fermée dans sa partie interne.

Elle ne s'ouvre que dans ses 3/4 externes pour découvrir l'œil. Le globe oculaire est déplacé. Il occupe l'angle inféro-externe de l'orbite. Il est même refoulé en avant de la cavité orbitaire soulevant la paupière inférieure ; son pôle postérieur est à peu près sur le même plan frontal que le rebord orbitaire externe. (Exophtalmie très marquée en

bas et en dehors). La moindre pression au niveau de l'angle externe luxe l'œil entre les paupières.

La palpation de cette tumeur se fait aisément et ne provoque aucune douleur. La paupière se plisse et se déplace au devant d'elle et ne lui adhère en aucun point. Les contours de la tumeur sont régulièrement arrondis. Elle se continue en haut avec l'arcade orbitaire sans démarcation précise. En dedans elle comble en partie la dépression latérale à la racine du nez. On sent entre elle et l'os propre de ce côté un sillon assez net qui l'en distingue. En dehors elle se prolonge jusqu'à l'union du 1/3 externe avec le 1/3 moyen de l'arcade orbitaire, en bas, elle descend jusqu'à l'horizontale qui passe par l'angle interne de la fente palpébrale.

Cette masse est molle en sa partie culminante, elle donne au doigt la sensation d'une poche à contenu pâteux. Elle se laisse déprimer légèrement et devient alors résistante et tendue. Cette partie centrale de consistance kystique a les dimensions d'une pièce d'un franc. Elle est limitée par un bord osseux assez exactement circulaire très mince et finement dentelé que l'on sent parfaitement lorsqu'on déprime la hernie qu'elle fait au travers.

Ce plan osseux se continue en haut avec l'arcade orbitaire en dedans avec l'os propre du nez et devient résistant sur sa base d'implantation ; en bas il se prolonge au dessus du globe oculaire.

Une pression même assez fortement exercée sur la tumeur ne provoque aucune douleur, aucun écoulement par le nez. L'inclinaison de la tête en bas, l'effort, la compression des jugulaires ne modifient pas son volume. La recherche des points douloureux à l'émergence des nerfs reste négative. L'exophtalmie est irréductible. Les symptômes fonctionnels sont minimes. Pas de catarrhe chronique des fosses nasales. L'œil a son aspect normal et

ne présente pas de conjonctivite. On note seulement un peu de larmolement.

L'examen de l'œil est pratiqué par le Docteur DUVERGER qui nous remet la note suivante :

Tous les mouvements du globe sont conservés ; il n'y a aucune parésie musculaire ; mais le droit interne qui agit pour la latéralité n'agit plus pour la convergence. Pas de ptosis. Les pupilles sont égales. Elles réagissent normalement à la lumière et à la convergence. Les milieux sont transparents. Le fond de l'œil est normal. Les veines rétiniennees sont un peu plus dilatées à gauche qu'à droite. Vision alternante.

Un examen rhinoscopique est fait par le Docteur MOLIMARD ;

Par la narine gauche on aperçoit une muqueuse un peu tuméfiée et rouge. Ni pus ni production polipeuse dans le meat moyen. La fente qui sépare la cloison du cornet moyen est rétrécie. Le cavum est libre. Il existe une petite trainée de liquide muco-purulent sur la queue du cornet inférieur gauche. Les sinus maxillaires s'éclairent bien des deux côtés. Le sinus frontal droit présente une transparence presque normale. Le sinus frontal gauche ne s'éclaire pas.

Le 27 mai 1918, le professeur HARTMANN l'opère.

Incision arciforme un peu au dessous du rebord orbitaire gauche suivant le quadrant supéro-interne de l'orbite ; section des divers plans jusqu'à la tuméfaction qui apparaît convexe, grisâtre. Incision de la partie culminante. Le contenu est formé par une substance très visqueuse, louche, que l'on enlève difficilement avec des tampons. L'on évacue ainsi une cavité qui s'étend en dehors presque jusqu'à la partie externe de l'orbite. Elle s'enfonce dans la profondeur jusqu'à la partie moyenne de la cavité orbitaire. Elle est limitée en bas par une lame osseuse très mince. Elle se

continue en haut et en dedans avec une cavité plus étroite qui, entre dans deux lames osseuses, solides, gagne le sinus frontal droit.

Avec la rugine on procède au décollement de la paroi inférieure ; on la rompt à sa base et on la relève jusqu'à ce que l'œil ait repris sa place. Avec une curette on effondre la paroi inféro-interne du sinus au travers de laquelle on place un drain qui sort par la narine. Ce drain fut retiré au bout de 48 heures. Les suites auraient été des plus simples si, au sixième jour le malade n'avait fait une scarlatine.

Le résultat n'en fut pas moins excellent comme le prouve la photographie N° 2.

L'examen direct sur lame et la culture du contenu en milieux aérobie et anaérobie n'ont montré aucun microbe (docteur BATELHO.)

Obs. III. — (M^r le professeur DE LAPERSONNE dans la *thèse de Mégret*).

M^{me} D. 66 ans. A eu un erysipèle à 49 ans.

Il y a 12 ans, elle s'est cognée la tête contre une porte et 4 ans après contre le coin d'une armoire. En 1914, elle a eu une conjonctivite qui a duré 15 jours.

Le 15 septembre 1916, elle a fait une chute en avant. Elle dit que depuis ce moment elle a remarqué une tumeur à la tête du sourcil droit en même temps qu'elle ressentait des élancements douloureux de temps en temps.

L'œil du même côté commençait en même temps à pleurer.

L'inspection fait constater que l'œil est en strabisme divergent avec exophtalmie ; il y a de la rougeur, de la conjonctivite et du larmoiement.

La tête du sourcil droit est le siège d'une tumeur qui descend obliquement de haut en bas et de droite à gauche,

empiétant sur la partie de l'os frontal situé au-dessus du rebord orbitaire interne, descendant en bas jusqu'à la commissure interne.

Tumeur légèrement dure et douloureuse à la pression formée de parties molles et de tissu osseux et n'adhérant pas à la peau.

Kératite neuroparalytique de l'œil droit. Anesthésie complète de la cornée, ulcération superficielle.

Fonds d'œil : croissant myopique des deux côtés.

V. O. D = 0,4 avec 7 D. as. cyl 1 D.

V. O. G = 0,6 avec 7 D. as. cyl 1 D.

Le tonus est élevé à droite.

Le 11 novembre 1916, la ponction exploratrice a ramené du liquide muco-hématique. — Le diagnostic de mucocèle-fronto-ethmoïdale est alors fait par le docteur MONBRUN.

Le 21 novembre, le professeur DE LAPERSONNE fait une tarsorrhaphie externe et le 7 décembre il opère la mucocèle.

Incision curviligne de 5 centimètres au niveau de l'angle supéro-interne de l'orbite droit, on tombe sur la paroi antérieure de la mucocèle qui n'est formée que par des tissus mous que l'on excise; on retrouve alors une grosse cavité qui comprend le sinus frontal droit et l'ethmoïde droit, une partie de l'orbite et qui se prolonge dans le sinus frontal gauche et dans l'ethmoïde gauche.

Drainage de la plaie.

Guérisson après une légère fistulisation au bout de deux mois.

Mucocèle ethmoïdale antérieure

Obs. IV. — (Paul GIBERT, *Annales des maladies de l'oreille* 1903 fascicule I, page 256).

Marie M., âgée de 49 ans, a eu la rougeole à 8 ans, la coqueluche à 11 ans, réglée à 15 ans, ses époques se produisent régulièrement, à 17 ans, l'œil gauche a commencé à pleurer, l'hiver surtout.

Dans le courant de l'été 1900, le larmolement a cessé, pour reparaitre l'hiver suivant en 1901, époque à partir de laquelle il a persisté définitivement.

En même temps que le larmolement, la malade a remarqué, au niveau de l'angle interne de l'œil, l'apparition d'une petite tumeur qu'elle compare au volume d'une grosse tête d'épingle, tumeur dure et indolore à la pression.

Autant que sont exacts les renseignements donnés par la malade, nous avons appris que le larmolement paraît avoir été en rapport avec le développement de la tumeur et l'abondance des larmes, hors des voies naturelles, avoir suivi parallèlement l'accroissement de celle-ci.

Quelques mois se passèrent ainsi, quand la malade se décida à consulter un oculiste.

Elle s'adresse à M^r DE WECKER qui ponctionnera la tumeur.

Il s'écoule du sang et du pus.

Il ne fut pas institué d'autre traitement en ce moment.

Quelques mois après, la tumeur augmentait de volume et le larmolement devenait, en même temps, plus abondant.

Le D^r DUCLAUX eut l'occasion de voir la malade et l'adresse aux Quinze-vingts, à la consultation de notre maître, le D^r VALUDE.

Des cathétérismes furent pratiqués régulièrement pendant deux mois.

Les sondes passaient très facilement à travers le canal lacrymo-nasal, mais sans produire aucun changement dans le volume ni l'état de la tumeur.

Pensant à une dilatation de la partie supérieure du sac lacrymal, M^r VALUDE propose à la malade l'extirpation du sac.

La tumeur, du volume d'une petite noisette siégeait exactement au-dessus du tendon de l'orbiculaire et, au premier abord, en imposait pour une tumeur lacrymale dont l'expansion se serait portée dans la portion supérieure du sac lacrymal.

A un examen plus attentif, on la trouvait située, à peu près, à égale distance, de l'angle supéro-interne de l'orbite et de l'angle infero-interne, plus rapprochée toutefois, de la région du sac lacrymal que de la poulie du grand oblique.

En somme, cette tumeur se trouvait un peu plus haut que l'est ordinairement la tumeur lacrymale, un peu plus bas, cependant que ne le sont les kystes huileux congénitaux assez communs dans cette région; le lieu d'élection de ces kystes est l'angle supéro-interne de l'orbite.

Chez notre jeune malade, la tumeur occupait précisément une situation intermédiaire aux deux lésions précédentes, et cette localisation aurait dû faire penser à la mucocèle ethmoïdale antérieure dont c'est le lieu d'élection.

Ce diagnostic était d'autant plus indiqué que la pression au niveau de la tumeur ne faisait refluer ni larmes, ni mucopus, comme on l'observe dans les cas d'ectasie par suppuration du sac.

La peau, au niveau de la tumeur n'avait subi aucune modification ni dans sa mobilité, ni dans ses caractères physiques.

Opération le 29 novembre 1912.

Anesthésie au chloroforme.

Incision curviligne de 0,04 centimètres d'étendue comme pour l'extirpation du sac, incision à convexité interne.

On arrive sur une poche fluctuante dont les parois sont un peu résistantes et comme formées d'un tissu parcheminé.

En disséquant cette paroi avec la sonde cannelée, on crève la poche d'où il s'écoule un pus crémeux, gluant, de teinte blanc-verdâtre.

Avec la curette, détache tendon, on essaye de circonscrire vers l'unguis cette tumeur tout comme quand il s'agit d'enlever un sac lacrymal.

Le coup de curette donné, dans ce mouvement ouvre à nouveau la tumeur vers sa face interne (c'est-à-dire, celle qui avait correspondu à l'unguis) et il s'écoule un liquide en tout semblable à celui qui s'était échappé précédemment, mais en plus grande abondance.

A notre grand étonnement, la curette s'enfonce dans une cavité assez grande pour lui permettre de se mouvoir largement dans tous les sens.

L'unguis n'existe plus. On franchit la ligne médiane en passant sous la racine des os propres du nez et l'épine du frontal.

La sonde cannelée introduite dans cette cavité grande comme une grosse noix, va buter sur la paroi interne de l'unguis du côté droit. En haut, on se heurte à la face inférieure des sinus frontaux, en bas et en dehors on ne trouve pas de communication avec le toit du sinus maxillaire, mais la paroi de celui-ci est fortement refoulée vers sa cavité.

Un doigt introduit dans la narine gauche n'arrive pas au contact de la sonde cannelée que l'on a soin de diriger vers la voûte du meat moyen.

On se trouvait donc dans une cavité close de tous côtés, car, après l'avoir remplie d'eau bouillie, on ne vit s'écouler de liquide ni dans le nez, ni dans la bouche.

Après avoir vidé ce kyste de son contenu (la valeur de trois dés à coudre de liquide glutineux blanc, verdâtre), M^r VALUDE réunit les lèvres de la plaie par 3 points de suture.

Réunion par première intention.

Disons, en terminant, que la malade n'a pas de passé nasal, jamais de coryza, n'a jamais mouché de pus. Elle a été soignée seulement par quelques cautérisations pour rhinite hypertrophique du cornet inférieur gauche.

La rhinoscopie antérieure, pratiquée par le D^r LUC (à la clinique duquel la malade fut conduite) a montré des cavités nasales saines tant pour les cornets inférieur et moyen que pour les meats.

Lors de cette exploration, le D^r LUC ayant trouvé les sinus normaux, n'a pas jugé à propos de compléter l'intervention précédente par une ouverture nasale des cellules ethmoïdales antérieures.

L'examen histologique suivant, fait par le D^r DUCLAUX montre qu'il ne s'agit ni d'inflammation, ni d'infection des cellules ethmoïdales antérieures, attendu qu'on ne trouve pas de microorganisme, et que la muqueuse ne présente aucun des signes de lésions inflammatoires.

Cette membrane offre les caractères de la mort histologique; l'épithélium n'existe plus qu'à certaines places et dans ses couches les plus profondes seulement.

Par contre, le liquide de la mucocèle est rempli de cellules épithéliales en dégénérescence.

Obs. V. — (*Malade envoyé par le D^r MORAX à M^r le professeur SEBILEAU.*)

B... René, 18 ans, Le malade vient consulter le 20 janvier 1921 non point parce qu'il souffre, mais dans un but esthétique.

Rien dans les antécédents personnels et héréditaires.

Début. — Il y a 7 à 8 ans, très insidieux, très progressif. Le malade ni son entourage ne peuvent préciser ; aucune douleur ; aucune inflammation.

Cependant vers l'âge de 12 ans, le malade a été traité pour larmoiement.

Le déplacement latéral du globe oculaire gauche a depuis, lentement et régulièrement progressé, sans que le malade éprouve aucune douleur. Pas de diplopie, pas de phénomènes inflammatoires.

A diverses reprises, le malade a consulté des oto-rhino ; il respirait mal de la narine gauche.

Actuellement : à l'examen objectif ; on remarque :

Un déplacement latéral externe très accusé du globe oculaire gauche. L'écart pupillaire est, de ce fait, à 78 ml. L'œil est également légèrement abaissé et propulsé. Le malade n'a aucune gêne dans l'occlusion des paupières.

A la palpation. — On a la sensation, d'une prolifération, d'une hypertrophie de l'angle interne de l'orbite. Consistance très dure et forme irrégulière de l'arcade sourcilière.

Puis, dépassant le rebord externe on sent une masse résistante et lisse.

Pas d'adhérence superficielle.

Aucune variation quand le malade mouche, tousse, fait effort ou change de position.

Examen complet montre :

V. O. D = 5/5 avec 2.50 à 90.

V. O. G = 5/5 avec 2.00 à 90°.

Diplopie homonyme dans tous les champs du regard.

Pas de fusion stéréoscopique.

Aucune vision binoculaire au diploscope.

Fond d'œil normal. Champ visuel normal.

Voie lacrymale laissant filtrer l'injection.

Examen rhinoscopique — ne montre rien de particulier.

Un peu de diminution de transparence à l'éclairage du sinus frontal. Obstruction respiratoire de la narine gauche. Névralgies rétro-oculaire et frontale.

Radiographie. — Développement anormal du sinus frontal. Très légère déviation de la cloison nasale.

Opération le 28 janvier par le professeur SEBILEAU.

Incision le long de l'arcade orbitaire supérieure prolongée en dedans vers la partie latérale de la pyramide nasale.

Rugination de l'os. On trouve à la partie supéro-interne du squelette de l'orbite une perforation de l'os par où fait issue un liquide séro-muqueux, épais, filant, de couleur verdâtre.

Résection à la pince gouge de la paroi antérieure de la loge osseuse contenant le liquide; on tombe sur une vaste cavité communiquant avec le canal naso-frontal en bas; en haut, on vérifie par une petite trépanation en haut et en dedans que le sinus frontal est compris dans la cavité de la mucocèle.

Seule la paroi supérieure et une petite loge inférieure près du nerf sus orbitaire subsistent. On ouvre largement une communication avec le canal nasal.

Suture des téguments après hémostase sans drainage.

Obs. VI. — *Malade envoyé par le Dr MORAX à M^r le professeur SEBILEAU.*

Qu... Suzanne, 16 ans, entre le 24 janvier 1921.

Père et mère bien portants.

5 frères et sœurs bien portants.

La mère a eu une fièvre typhoïde grave pendant sa grossesse alors qu'elle attendait la malade.

La malade vient consulter un médecin parce que la déformation faciale lui est très désagréable : mais elle n'éprouve aucune gêne, aucune douleur.

Le déplacement du globe oculaire doit s'être effectué très progressivement. Le début de l'affection remonte à environ 4 ans.

Rien au début n'a attiré l'attention de la malade, ni de son entourage ; ni névralgie sus orbitaire, ni débacle muco-purulente de la narine correspondante.

Depuis longtemps cependant, la malade se plaint de larmolement ; elle ne mouche que de la narine gauche.

Actuellement à l'examen objectif. Le globe oculaire droit est fortement déplacé au dehors (écart pupillaire de 76 ml) légèrement abaissé et propulsé.

L'angle interne de l'orbite est le siège d'une tumeur de consistance osseuse qui occupe tout l'angle interne depuis le trou sus-orbitaire jusqu'à la branche montante du maxillaire.

Les bords en sont un peu irréguliers. L'angle naso-frontal est déformé. A la partie inféro interne, au-dessous de l'insertion de l'orbiculaire on sent une partie arrondie, rénitente qui file sous le doigt avec un petit claquement.

Examen visuel complet : V. O. D. G $\cong$ 5/5 avec — I.

Pas de fusion stéréoscopique.

Vision binoculaire diploscopique existe.

Voie lacrymale imperméable.

Fond d'œil normal.

Diplopie homonyme dans tous les champs du regard.

Radiographie. — Déviation de la cloison nasale.

Développement des cellules ethmoïdales et frontale droite.

Diaphanoscopie. — Diminution de la translucidité du sinus frontal droit. Obstruction complète de la fosse nasale droite.

Même opération que pour le malade précédent.

Mucocèle de l'ethmoïde postérieure

Obs. VII. — (G. LAURENS, *Annale des maladies de l'oreille* 1911, page 132, résumé).

Trois ans après une opération de cure radicale de sinusite frontale, apparition de douleurs atroces, spontanées et à la pression, irradiation céphalique.

En même temps, cessation brusque d'un écoulement nasal muco-purulent qui indique une rétention.

On porte le diagnostic de récurrence de sinusite frontale avec abcès extra dural possible.

A l'opération, constatation d'une cicatrisation parfaite de l'ancienne cavité opératoire, mais découverte d'un pertuis supérieur qui mène dans une mucocèle ethmoïdale.

Curettage — Guérison.

Mucocèle sphénoïdale

Obs. VIII. — Dilatation des sinus sphénoïdaux par accumulation et rétention de liquide, obstruction des arrières-fosses nasales, par A. J. B. ROLLAND (*Gazette médicale de Montréal*, août 1880) *Annales des maladies de l'oreille* 1890, page 136, tome XVI.

Femme de 26 ans, ayant depuis 4 ans 1/2 une obstruction nasale à peu près complète, perte de l'odorat, de la mémoire et céphalalgie violente. L'obstruction nasale est plus complète à gauche qu'à droite; coryza très fréquent dans les derniers temps, souvent aigu, avant le coryza le mucus s'écoulait en arrière. Nausées fréquentes; rhinoscopie antérieure, à gauche; déviation légère de la cloison, croutes et muco-pus remplissant le nez, atrophie des cornets inférieur et moyen; au fond du nez, tumeur osseuse très

dure, convexe et obstruant entièrement la cavité nasale ; pas de communication entre le pharynx et le nez.

A gauche, moins d'altération des cornets et existence d'une tumeur de même consistance déprimée en bas, laissant passer l'air en faible quantité.

Rhinoscopie postérieure, tumeur considérable, convexe, déprimée au milieu par la cloison ; dépression plus accusée de la partie inférieure de la tumeur en arrière qu'en avant ; le sommet de la tumeur est peu visible. La consistance de la tumeur est de même nature qu'en avant. Pharynx nasal très congestionné recouvert par des mucosités.

L'auteur perfore cette tumeur. Cette perforation pratiquée avec des instruments très variables, est plus facile au milieu qu'à la base ; la perforation de la partie médiane, la plus convexe et la plus mince, donne issue à du liquide séreux, abondant.

A ce moment la malade fut prise de défaillance et de vomissements, et l'auteur crut que le liquide était de nature céphalo-rachidienne ; mais les accidents disparurent, et les troubles de la respiration s'amoiendrirent par suite de la désobstruction nasale.

L'odorat s'améliora, la mémoire revint, la céphalalgie disparut ainsi que les tendances au sommeil et les bourdonnements ; les sécrétions ne tombèrent plus dans le pharynx et la malade n'eut plus de coryza.

L'état général s'améliora.

Obs. IX. — Mucocèle du sinus sphénoïdal (*Benjamins Archiv. f. Laryngol., Bd. XXIV N° 3*). *Annales des maladies de l'oreille* 1912 — 1 — page 207, tome XXXVIII.

Quoique très rare, ce cas mérite d'être rapporté avec quelques détails pour montrer de quelle façon un examen minutieux permet de diagnostiquer les raretés.

Quand la malade, âgée de 27 ans, s'est présentée à la consultation, se plaignant de surdité seulement, datant depuis 3 ans, B. ne se doutait pas après avoir rapidement examiné l'oreille et le nez, qu'il était en présence d'un cas qui se compte encore en rhinologie.

Après rhinoscopie, il a vu que les choannes étaient remplies par des masses qui paraissaient être des végétations adénoïdes. Ce qui l'a frappé seulement était que ces soi-disant adénoïdes étaient toutes lisses et un peu plus pâles que d'habitude. S'agirait-il d'un kyste de l'amygdale pharyngée?...

Au toucher à la sonde, la masse paraissait offrir une résistance élastique.

La rhinoscopie postérieure ne donnait pas d'autres renseignements. Cette consistance spéciale l'a incité à essayer une ponction qu'il a exécutée, quinze jours après l'examen, avec le galvano.

Brusquement, à la suite de l'ouverture, il s'est échappé 200 grs. d'un liquide ayant la consistance et la couleur du chocolat au lait. Une sonde introduite par l'ouverture disparaissait dans une cavité qui ne pouvait être autre chose que le sinus sphénoïdal.

Questionnée, la malade déclare que, depuis l'âge de 17 ans, elle a des maux de tête à droite venant par intervalle et allant jusqu'à la syncope.

En même temps, l'œil droit se gonfle et elle a la sensation que son œil est poussé hors de l'orbite. Bientôt il s'est établi même un exophtalmos permanent et, une fois même un oculiste a pu diagnostiquer une paralysie des cinq muscles de l'œil.

La vision de l'œil droit a beaucoup diminué depuis. Au cours du traitement, la paroi antérieure du sinus sphénoïdal droit a été enlevée et tous les troubles dont se plaignait la malade ont lentement disparu. Trois semaines après

L'ouverture du sinus, on voyait nettement, une muqueuse normale couvrant le sinus.

La brèche faite ne s'était pas fermée même plusieurs mois après l'opération. A ce moment un examen ophtalmoscopique montrait que la vision de l'œil malade ne s'était pas rétablie. Quoique tous les autres phénomènes oculaires eussent disparus. L'examen aux rayons X avait été fait longtemps après l'ouverture du kyste.

L'étiologie de ces mucocèles nous est complètement inconnue. Pour le sinus frontal, on sait qu'il est du au traumatisme.

BENJAMINS a examiné histologiquement la paroi enlevée du kyste sans trouver une explication. Quant aux phénomènes subjectifs et objectifs, ils s'expliquent bien si l'on tient compte de l'endroit où se développent ces tumeurs, et des relations qu'elles ont avec les vaisseaux lymphatiques et artériels.

CONCLUSIONS

La mucocèle ethmoïdale dérive toujours de l'obstruction des orifices ou canaux excréteurs des cellules ethmoïdales.

La nature de l'obstruction n'influe en rien sur leur développement.

La mucocèle ethmoïdale évolue en trois stades :

- 1° De tumeur dure;
- 2° De tumeur crépitante;
- 3° De tumeur fluctuante.

C'est l'évolution de cette tumeur kystique, dans différentes directions, qui crée les différents types cliniques de mucocèles frontale, ethmoïdale ou sphénoïdale dont le point de départ est toujours une cellule de l'ethmoïde.

Le traitement est uniquement chirurgical, la direction de l'évolution guidant seule la voie d'accès.

Vu, le Doyen :

H. ROGER

Vu, le Président :

P. SEBILEAU

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEZ. — Mucocèle of the anterior ethmoidal cells. (*Lancet*. Londres 1912, II, 1645-1647.)
- AVALLÈS. — Origine de la mucocèle non traumatique du sinus frontal (*Annales des maladies de l'oreille*, 1902, t. XXVIII, f. 1, page 357.)
- BENJAMINS. — Mucocèle du sinus sphénoïdal (*Annales des maladies de l'oreille*, 1912, t. XXXVIII, f. 1 page 166.)
- BOEL. — De la mucocèle frontale à évolution orbitaire (*Thèse*, Lyon, juillet 1896.)
- BOUD. — Mucocèle du sinus frontal. Diagnostiquée par opération (*Annales des maladies de l'oreille*, 1897, t. XXIII, f. 2 page 322.)
- CASALI. — Un cas rare de mucocèle du sinuo-frontal droit (*Bollettino della m. dell' orrechio*, février 1907.)
- CITELLI (de Cataiu). — Mucocèle frontale suppurée (*Annales des maladies de l'oreille*, 1909, t. XXXV, f. 2, page 465.)
- CONNAL. — Cystic enlargement of the middle turbinal (mucocèle of the ethmoid (*Glasgow M. J.*, 1911, t. 25, page 298).
- DAM MAC KENZIE. — Mucocèle de la bulle ethmoïdale gauche (*Annales des maladies de l'oreille*, 1908, t. XXXIV, f. 2, page 338).
- DE VINCENTIS. — Musocèle ed ectasia del labirinto dell' osso. Osservazione clipica ed operatione radicale (*Riv. internaz. di med. e chirurg. Napoli*, 1885, t. II, pages 201-207).
- DUFAU. — De la mucocèle du sinus frontal (*Revue hebdomadaire de laryngologie*. Paris, 1914, pages 177 à 209).

- GIBERT Paul. — Mucocèle des cellules ethmoïdales antérieures (*Annales des maladies de l'oreille*, 1903, t. xxix, f. 1, page 254).
- GOLOVIN. — Mucocèle labyrinthi ethmoïdalis (*Laitop Yhirurg. obst. v. Mosk*, 1896, t. xv, pages 51-56).
- GUISEZ. — Mucocèle ethmoïdale à forme et à développement tout à fait insolite (*Annales des maladies de l'oreille*, 1904, t. xxx, page 150).
- GULBRARTH COERUAL. — Mucocèle de l'ethmoïde à évolution nasale (*Annales des maladies de l'oreille*, 1912 t. xxxviii, f. 2, p. 80.)
- HAPECK. — Mucocèle du sinuo-sphéroïdal compliquée de névrite optique (*Annales des maladies de l'oreille*, 1911, t. xxxvii, f. 1, page 166.)
- HOTZ F.-C. — Mucocoele of the ethmoïdal cells simulating an orbital tumor (*J. Ann. M. Ass. Chicago*, 1899, t. xxxii, 703).
- KNAPP H. — Mucocoele and empyema of the ethmoïdal cells and sphenoïdal sinuses, causing displacement of the eyeball their operation from the orbit (*Archiv. Otol. N. Y.*, 1893, t. xxii, pages 313-328).
- KOFLER. — Mucocèle de l'ethmoïde postérieur avec brotelle oculaires (*Annales des maladies de l'oreille*, 1912, t. xxxviii, f. 2, page 448).
- LISITZIN. — Mucocoele fronto-ethmoidalis (*Vestnik oftalmol, Moscou*, 1912, t. xxix, pages 773-777).
- LUC. — Contribution à l'étude de la mucocèle du sinus frontal (*Annales des maladies de l'oreille*, 1899, t. xxv, pages 397-400).
- MAC LEISH A.-L. — Ethmoïdal Mucocoele (*Fr. M. Soc. Calif. Monterey*, 1899, t. xxix, pages 118-120).
- Mc Milliau. — A case of ethmoïdal mucocoele (*Ophth. Rev. Londres*, 1911, t. xxx, pages 15-17).
- MESTREZAT. — Biligénie hémolytique locale dans les mucocèles des sinus frontaux, *Soc. biol. Paris*, 1910, pages 123-125).
- ONODI. — Mucocèle du sinus ethmoïdal (*Annales des maladies de l'oreille*, 1906, t. xxxii, f. 2, page 504).
- POLIGNANI et DE VINCENTHO. — Sul mucocoele de seni-frontali et del labirento ethmoïdali (*Ist. di clin. ocul. d. r. Univ. di Napoli* 1889-90, pages 276-280).

POSEY. — Report of unusually large mucocoele of the frontal and ethmoïdal cells operation and cure (*Opht. Rec. Chicago*, 1915, t. XXIV, pages 116-119).

ROLLAND. — Dilatation des sinus sphénoïdaux par accumulation et rétention de liquide (*Annales des maladies de l'oreille*, 1890, t. XVI, page 135).

SAINT-CLAIR THOMPSON. — Mucocèle du sinus frontal droit (*Annales des maladies de l'oreille*, 1908, t. XXXIV, f. 2, page 324).

SCHMIEGELOW. — Musocoele of the sphenoïdal and ethmoïdal sinus (*Ugesk. f. Laeger. Kjobenh.* 1910, t. XXII, pages 1219-1225).

SHAMBAUGH. — The surgery of the ethmoïdal labyrinth (*J. Am. M. Ass. Chicago*, 1901, 1905, 1895).

WEWARD. — Mucocoele du sinus frontal gauche (*Annales des maladies de l'oreille*, 1908, t. XXXIV, f. 2, page 330).

VAN DEN VILDENBERG. — Un cas de mucocèle ethmoïdo-frontale (*Annales des maladies de l'oreille*, 1912, t. XXXVIII, f. 2, page 442).

VAN ITERSOM. — Case of mucocoele of the ethmoïd (*Nederl. tydschr. v. Gemesk. Amst.* 1918, I. 83-87).
